

FORMATO LEFS

# ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Gracias por responder a este cuestionario de resultados reportados por el/la paciente. Sus respuestas ayudan a su proveedor de salud a determinar las mejores opciones de tratamiento y seguir el progreso de su recuperación a lo largo del tiempo. Sea tan amable de responder a cada una de las preguntas incluidas en este formato.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

**¿A USTED LO/LA OPERARON POR ESTE PROBLEMA ANTES DE RECIBIR TERAPIA?**  SÍ  NO

**ESCALA DE DOLOR: EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿QUÉ TAN FUERTE HA SIDO EL DOLOR?**  
ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR REPRESENTA SU DOLOR.

**SIN DOLOR**    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    **EL PEOR DOLOR IMAGINABLE**

**EL DÍA DE HOY, TIENE O TENDRÁ ALGUNA DIFICULTAD PARA:**  
PARA CADA RENGLÓN, MARQUE SOLO UNA CASILLA, LA QUE MEJOR DESCRIBA SU CONDICIÓN ACTUAL.

	EXTREMA DIFICULTAD O INCAPAZ DE REALIZARLA	BASTANTE DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	UN POCO DE DIFICULTAD	NINGUNA DIFICULTAD
1. REALIZAR SU TRABAJO NORMAL, TAREAS DEL HOGAR O ACTIVIDADES ESCOLARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. REALIZAR SUS ACTIVIDADES NORMALES DE PASATIEMPO, RECREATIVAS O DEPORTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ENTRAR O SALIR DE LA TINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. CAMINAR DE UNA HABITACIÓN A OTRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PONERSE SUS ZAPATOS O CALCETINES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. PONERSE EN CUCLILLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FORMATO LEFS**

## ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

**EL DÍA DE HOY, TIENE O TENDRÁ ALGUNA DIFICULTAD PARA:**

PARA CADA RENGLÓN, MARQUE SOLO UNA CASILLA, LA QUE MEJOR DESCRIBA SU CONDICIÓN ACTUAL.

	EXTREMA DIFICULTAD O INCAPAZ DE REALIZARLA	BASTANTE DIFICULTAD	MODERADA DIFICULTAD	UN POCO DE DIFICULTAD	NINGUNA DIFICULTAD
7. LEVANTAR UN OBJETO DEL PISO, COMO LA BOLSA DE LAS COMPRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. REALIZAR ACTIVIDADES LIGERAS EN SU HOGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. REALIZAR ACTIVIDADES PESADAS EN SU HOGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ENTRAR O SALIR DE UN AUTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. CAMINAR 2 CUADRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. CAMINAR 1 ½ KM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. SUBIR O BAJAR 10 ESCALONES (MÁS O MENOS 1 TRAMO DE ESCALERA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ESTAR DE PIE 1 HORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ESTAR SENTADO/A 1 HORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. CORRER SOBRE PISO PAREJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. CORRER SOBRE PISO DISPAREJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. VIRAR DE GOLPE MIENTRAS CORRE RÁPIDAMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. SALTAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. DARSE VUELTA EN LA CAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>